



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE ADITAMENTO Nº 001/2025

TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 48/2020, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAPÃO BONITO E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES.

Por este instrumento particular, de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO/SP**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 46.634.259/0001-95, com sede na Rua 09 de Julho, nº 690, doravante denominado **CONCEDENTE**, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS**, CPF: 072.113.748-29 e a entidade **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES**, inscrita no CNPJ sob o nº 73.027.690/0001-46, doravante denominado **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, sediada à Maria Ferreira, nº22 Centro, Município de Chavantes/SP, representado pelo Sr. **ANIS GHATTÁS MITRI FILHO**, portador do RG nº 36.142.201-5 SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº 330.693.348-14, resolvem de comum acordo **ADITAR**, o presente Termo de Colaboração, em sua **Clausula Terceira (dos recursos financeiros)**, consoante da Chamada Pública nº 002/2020, Dispensa nº 258/2020, oriundo do processo administrativo nº 8811/1/2020, cujo objeto é a celebração de parceria com entidade sem fins lucrativas para atuar de forma complementar ao Serviço Municipal de Saúde através da execução de Plano de Ação voltado para o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes de 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS tipo I.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

1.1 – Para a execução do objeto do presente Termo de Colaboração serão destinados o montante total de recursos de **R\$ 5.765,37** (cinco mil setecentos e sessenta cinco reais e trinta sete centavos) para transferência do financeiro da União referente a complementação do piso salarial da enfermagem, referente aos meses de novembro, dezembro/24 e 13º parcela.

1.2 – Será **parcelas única**, de R\$ 5.765,37 (cinco mil setecentos e sessenta cinco reais e trinta sete centavos) oriundos de Recurso Federal.

A transferência dos recursos somente será realizada, de acordo com a programação

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro
CEP: 18300-335

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: saúde@capaobonito.sp.gov.br
CNPJ: 46.634.259/0001-95





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO SECRETARIA DA SAÚDE

orçamentária e financeira alocados no orçamento Municipal, observada a Classificação Orçamentária especificada:

- **Funcional programática:** 10.122.0013.2091
- **Categoria Econômica:** 3.3.50.39

CLÁUSULA SEGUNDA - DA RATIFICAÇÃO

2.1. Ficam mantidas todas as demais disposições e Clausulas do Termo de Colaboração nº 48/2020, firmados entre as partes.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO FORO

3.1. Fica eleito, de comum acordo, o FORO desta cidade e comarca de Capão Bonito, para elucidar questões oriundas de interpretação deste TERMO ADITIVO que não puderem ser decididas pelas instancias gestoras.

E, por estarem assim certos e ajustados firmam o presente termo em 04 (quatro) vias de igual teor, e na presença de duas testemunhas.

Capão Bonito/SP, 19 de fevereiro de 2025.

**JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS
PREFEITO MUNICIPAL**

**ANDREA CRISTIANE MILANI LINS DOS SANTOS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANIS GHATTÁS MITRI FILHO
PRESIDENTE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro
CEP: 18300-335

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: saúde@capaobonito.sp.gov.br
CNPJ: 46.634.259/0001-95





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO RP-09

REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): Prefeitura Municipal de Capão Bonito

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA: Santa Casa de Misericórdia de Chavantes.

TERMO DE COLABORAÇÃO Nº: 048/2020

OBJETO: Tem por objeto a celebração de parceria com entidade sem fins lucrativas para atuar de forma complementar ao Serviço Municipal de Saúde através da execução de Plano de Ação voltado para o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes de 01(um) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS tipo I.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO: R\$ 5.765,37 (cinco mil setecentos e sessenta cinco reais e trinta sete centavos)

EXERCÍCIO: 2025

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraíndo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro
CEP: 18300-335

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: saude@capaobonito.sp.gov.br
CNPJ: 46.634.259/0001-95





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO SECRETARIA DA SAÚDE

- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

2 Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: Capão Bonito/SP, 19 de fevereiro de 2025

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: Julio Fernando Galvão Dias

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 072.113.748-29

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: Andrea Cristiane Milani Lins dos Santos

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 126.192.528-90

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: Anis Ghattás Mitri Filho

Cargo: Presidente

CPF: 330.693.348-14

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro

CEP: 18300-335

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: saúde@capaobonito.sp.gov.br

CNPJ: 46.634.259/0001-95

